

## KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZEGO/PRZEBYWAJĄCEGO W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZYM<sup>i</sup>

Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel<sup>ii</sup>

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....

Adres zamieszkania

.....

Numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL, numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

.....

### Ocena świadczeniobiorcy wg skali Barthel

Lp.	Czynność <sup>iii</sup>	Wynik <sup>iv</sup>
1.	<b>Spożywanie posiłków:</b> 0-nie jest w stanie samodzielnie jeść 5-potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem, itp., lub wymaga zmodyfikowanej diety 10-samodzielny, niezależny	
2.	<b>Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie:</b> 0-nie jest w stanie; nie zachowuje równowagi przy siedzeniu 5-większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby) 10-mniejsza pomoc słowna lub fizyczna 15-samodzielny	
3.	<b>Utrzymywanie higieny osobistej:</b> 0-potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych 5-niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami)	
4.	<b>Korzystanie z toalety (WC):</b> 0-zależny 5-potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam 10-niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się	
5.	<b>Mycie, kąpiel całego ciała:</b> 0-zależny 5-niezależny lub pod prysznicem	
6.	<b>Poruszanie się po powierzchniach płaskich:</b> 0-nie porusza się lub < 50m 5-niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50m 10-spacery z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50m 15-niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50m	

7.	<b>Wchodzenie i schodzenie po schodach:</b> 0-nie jest w stanie 5-potrzuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie 10-samodzielny	
8.	<b>Ubieranie się i rozbieranie:</b> 0-zależny 5-potrzuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy 10-niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł, itp.	
9.	<b>Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu:</b> 0-nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw 5-czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10-panuje, utrzymuje stolec	
10.	<b>Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego:</b> 0-nie panuje nad oddawaniem moczu lub cewnikowany i przez to niesamodzielny 5-czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe) 10-panuje, utrzymuje mocz	
	<b>Wynik kwalifikacji<sup>v</sup></b>	

**Wynik oceny stanu zdrowia:**

Stwierdzam, że niżej wymieniona osoba wymaga / nie wymaga<sup>1</sup> skierowania do zakładu opiekuńczego/dalszego pobytu w zakładzie opiekuńczym<sup>1</sup>

.....

.....

.....

data, imię , nazwisko i numer prawa wykonywania zawodu pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego albo pielęgniarki zakładu opiekuńczego oraz podpis

.....

data, imię nazwisko i numer prawa wykonywania zawodu lekarza ubezpieczenia zdrowotnego albo lekarza zakładu opiekuńczego oraz podpis

- i Niepotrzebne skreślić
  - ii Mahoney FI, Barthel D. "Badanie funkcjonalne: Wskaźnik Barthel. Maryland State Med. Journal 1965; 14:56-61. Wykorzystane za zgodą. Skala ta może być używana bez ograniczeń dla celów niekomercyjnych.
  - iii W Lp. 1-10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy
  - iv Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości
  - v Należy wpisać uzyskaną sumę punktów l.p 1-10
- 6) Dotyczy oceny świadczeniobiorcy , wg skali Barthel , przebywającego w zakładzie opiekuńczym